

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

VOL. XV

JULHO DE 1953

N.º 1

EDSON BARREIRA

Brasil, 1953 — 16 páginas — 100 mil exemplares

Sumário:

	Pág.
O emprégo do enxerto livre de pele total nas eventrações pós-operatórias — DRs. VICTOR SPINA e LUIZ E. REGINATO	3
Hemorrágias do tubo digestivo — DR. ROBERTO ENOUT DELUCA	11
Sanatório São Lucas — Operações realizadas em 1952	14



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Editado mensalmente pelo SANATÓRIO SÃO LUCAS
(Instituição para o progresso da Cirurgia)

sob a direção do:

Dr. ADHEMAR NOBRE

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

+

Orgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

DIRETORIA 1953 - 1954

Presidente:

Dr. Ademar Albano Russi.



Vice-Presidente:

Dr. Paulo G. Bressan.

1.º Secretário:

Dr. Eurico Branco Ribeiro.

2.º Secretário:

Dr. José Saldanha Faria.

1.º Tesoureiro:

Dr. Elza Leontina Avickts.

2.º Tesoureiro:

Dr. Jacyr Quadros.

Bibliotecário:

Dr. Luiz Branco Ribeiro.

Conselho Consultivo:

Dr. Roberto De Luca.

Dr. Waldemar Machado.

Dr. Moacyr Boscardin.

Dr. João Noel von Sonnleithner.

Dr. Adhemar Nobre.

BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XV

JULHO DE 1953

N.º 1

O emprêgo do enxérto livre de pele total
nas eventrações pós-operatórias (*)

DR. VICTOR SPINA

Encarregado da seção de Cirurgia Plástica e Reparadora da 1.ª C. C.

LUIZ E. REGINATO

Estudante adido da 1.ª C. C.

Na presença de certas hérnias, recidivadas ou não, e de eventrações abdominais, muitas vezes o cirurgião reconhece que o tratamento das mesmas pelos processos usuais seria de resultado duvidoso. Neste particular, parecem estar mais sujeitas a recidivas as hérnias e eventrações que possuem saco volumoso ou que se apresentam com os elementos de plastia em condições de debil constituição.

Nas grandes eventrações, o afastamento exagerado das margens aponeuróticas quase sempre não permite uma aproximação em condições satisfatórias e a sutura, com qualquer material de síntese, feita sob forte tensão, não garante o resultado. Nestes casos observam-se frequentemente recidivas, adquirindo a deformidade caráter mais grave que o anterior.

O problema é dos mais difíceis e isto não deixa dúvida se levarmos em conta a multiplicidade de técnicas e a enorme variedade de substâncias estranhas utilizadas no sentido de eliminar as causas de insucesso. Os transplantes autógenos de fascia-lata, empregados sob a forma de lâminas ou de tiras gosam, ainda hoje, de grande prestígio. O cirurgião patrício Pernet (1948) teve oportunidade de empregar a aponeurose em vinte e cinco casos de hérnias de diversos tipos com um só insucesso.

Referências elogiosas têm sido feitas a fascia bovina, empregada pela primeira vez por Amos-Koontz e Sencert, em 1926.

(*) Trabalho apresentado no VI Congr. Soc. Latino-Americana de Cirurgia Plástica de 6/12 Julho de 1952 em Assunção, Paraguai e na Sociedade Médica São Lucas em sessão de 13 de Julho de 1952.

Os materiais inorgânicos (a prata, o aço, etc.) não resistiram às críticas que lhes foram feitas, baseadas, principalmente, na grande porcentagem de intolerância aos mesmos, pelo organismo. Entretanto, entre as inclusões, está merecendo especial atenção o tântalo, cujas propriedades o colocam num plano de grande superioridade em relação aos demais, em virtude de sua tolerância e maleabilidade. Confirmam recentemente seus méritos Flynn, Brant e Nelson (1951), empregando o tântalo, sob a forma de gaze, em quarenta e cinco casos de hérnias e eventrações que não apresentavam garantia de êxito pelos processos habituais, devido as más condições dos tecidos da região. Referem os mesmos autores recidiva apenas num caso e esta se produziu por um orifício acima da gaze de tântalo e não através da mesma. O caso mais antigo contava cinqüenta e cinco meses de pós-operatório.

Nestes últimos anos, vem tendo grande aceitação o emprego do enxerto autógeno de pele total na cura das hérnias e eventrações fadadas ao insucesso. O interesse que vem despertando é, a nosso ver, cada vez mais acentuado, tendo-se em vista o número apreciável de trabalhos surgidos ultimamente sobre o assunto.

E' nosso objetivo relatar o sucesso que obtivemos em tres casos de eventração pós-operatória tratados com o exérto livre de pele total. A pobresa de nossa estatística e o periodo pós-operatório relativamente curto deverão ser relevados; anima-nos o propósito de um maior incentivo à aplicação do processo. Além disso, queremos realçar o valor do método, chamando a atenção para a excelência do resultado obtido num caso de extrema gravidade.

* * *

Acredita-se ter sido Loewe (1903) quem primeiramente utilizou o enxerto de pele sepultada. Entretanto, cabe a Peer e Paddock (1937) a iniciativa de investigar o destino dos elementos glandulares da pele sepultada. Em seus casos, retiraram da forma mais completa possível a epiderme, sepultando, sob a pele do torax, o fragmento de derma e tecido gorduroso com o extrato dermal voltado para a superfície. Constataram que o enxerto de derma se manteve na mesma posição e se fundiu com os tecidos vizinhos. Os restos epidérmicos, que esporadicamente permaneceram no seu sítio, deram origem a formações císticas fechadas. As glândulas sebáceas e folículos pilosos desapareceram dentro de três semanas. As glândulas sudoríparas foram identificadas até após um ano, em acentuado grau de degeneração. Mair, em 1938, usou enxerto livre de pele total sepultado, em 119 indivíduos portadores de hérnias. Seus resultados foram excelentes, verificando somente dois casos de infecção da parede, sem maior importância. Em 1946, o mesmo autor teve oportunidade de empregar tal método em quatrocentos e cinqüenta e quatro hérnias de diferentes tipos, chegando aos seguintes resultados: nas hérnias indiretas, 1,1% de recidivas, em

oitenta e seis doentes; em vinte e sete hérnias diretas, as recidivas foram nulas. Goodall e Guthrie (1947) e Chodoff (1949) referem ótimos resultados em hérnias e eventrações abdominais, utilizando o mesmo processo.

Green e Wollgast (1949) afirmam que o enxerto de pele total ocupa lugar de destaque na reparação das hérnias, particularmente em doentes obesos, portadores de grandes hérnias ventrais. Confirmaram o desaparecimento dos elementos glândulares e a sua substituição por tecido conjuntivo fibroso. Vásques (1949) relata a experiência da escola de Finochietto, baseada em mais de cento e cinquenta casos, com uma recidiva e cinco supurações de parede, sem consequência. Acentua que o perigo da formação de cistos de inclusão epidermóide é diminuído quando se sutura o enxerto sob tensão, visto que esta condição favorece a atrofia da epiderme. Contudo Gray e colaboradores em 1951, realizaram estudo experimental em 24 cães, dividindo-os em quatro grupos. Em todos os animais, foi praticada uma incisão abdominal, caindo sobre a bainha anterior do reto e retirando da mesma uma porção elítica. Refez a falha aponevrótica, com um enxerto livre de pele total retirado da vizinhança da ferida operatória, com a superfície epitelial na posição mais superficial. Empregou na sutura seda tres zero, em pontos separados. A pele sofreu processos diferentes de antisepsia. Para analisar a importância da uniformidade ou não da superfície do enxerto sepultado, empregou suturas com pontos intervalados de três milímetros, em alguns animais, e nove e meio milímetros, em outros, conseguindo tensões diferentes. É claro que os pontos feitos em intervalos maiores poderiam ser responsáveis pela superposição do epitelio e ulterior formação de cistos. Os exames macro e microscópicos revelaram, depois de oitenta dias, a formação dos cistos, mas de dimensões menores no grupo em que a sutura foi feita com pontos de três milímetros de intervalo. No mesmo estudo investigaram duas particularidades que até então não haviam sido mencionadas em trabalhos anteriores: a) falta de cicatrização da superfície epitelial do enxerto e a presença de restos de queratina no mesmo estrato; b) zona sem cicatizar e consequentes esfacelos e formação de fistula. Estes achados, na opinião dos autores, limitam a maior indicação do processo, até que os inconvenientes tenham sido eliminados, chegando mesmo a aconselhar o uso do tantalio e do polietileno. Ainda nessas experiências, visando a aderência da superfície do enxerto ao tecido celular sub-cutâneo e evitar a formação de cistos, trataram, num determinado grupo de animais, a superfície epidérmica com fosfato de diacetil, substância estimulante do tecido fibroso, misturado à aureomicina. Os exames macro e microscópicos, depois de trinta dias, demonstraram a ausência de cicatrização da superfície epitelial e a persistência dos cistos de inclusão.

Eisele e Starkloff (1951) empregaram o auto-enxerto de pele total em 17 casos, com duas recidivas.

C A S U I S T I C A

CASO I: F. M. — 42 anos — fem. cas. — branca brasileira.

Queixa — Tumorão do lado direito do abdomen, há dois anos.

História — Há 10 anos, foi operada de apendicite aguda supurada; a ferida foi drenada durante 5 dias. Teve alta depois de 10 dias, permanecendo em curativos durante 2 meses, até a cicatrização completa. Decorridos 2 meses, a paciente notou o aparecimento, na região operada, de um tumor de aproximadamente 3 centímetros de diâmetro, indolor, móvel, acentuando-se aos esforços e desaparecendo na posição de repouso. Foi diagnosticada como "eventração pós-operatória". A paciente foi reoperada depois de seis meses. O pós-operatório evoluiu normalmente. Depois de 4 meses, começou a sentir os mesmos sinais anteriores à última operação.

Operação, em junho de 1950. Operadores: Victor Spina e A. Carneiro. Anestesia geral gasosa endotraqueal. Incisão circunscrevendo a cicatriz da operação anterior, a qual foi removida; descolamento subcutâneo das margens da ferida; reconhecimento dos limites do saco hernário, o qual tinha no seu maior eixo transversal, 5 centímetros e 4 no eixo longitudinal.

Tratamento do saco pela maneira habitual.

Verificando-se a impossibilidade de aproximação dos lábios aponevroticos, o defeito foi preenchido por um enxerto livre de pele total retirado da margem lateral da incisão cutânea, com a face epitelial voltada para a superfície. O enxerto foi suturado aos limites aponevroticos em pontos separados em intervalos de 1 cm. com fio de algodão n.º 60.

Síntese da ferida cutânea com pontos separados usando-se o mesmo material de sutura. Dreno de Penrose, durante 24 horas, na extremidade caudal da incisão. O doente permaneceu durante 7 dias em completo repouso no leito. A evolução foi normal, sendo os pontos retirados no sétimo dia; cicatrização "per prima".

Follow-up: Até o presente momento, a doente apresenta-se em boas condições.

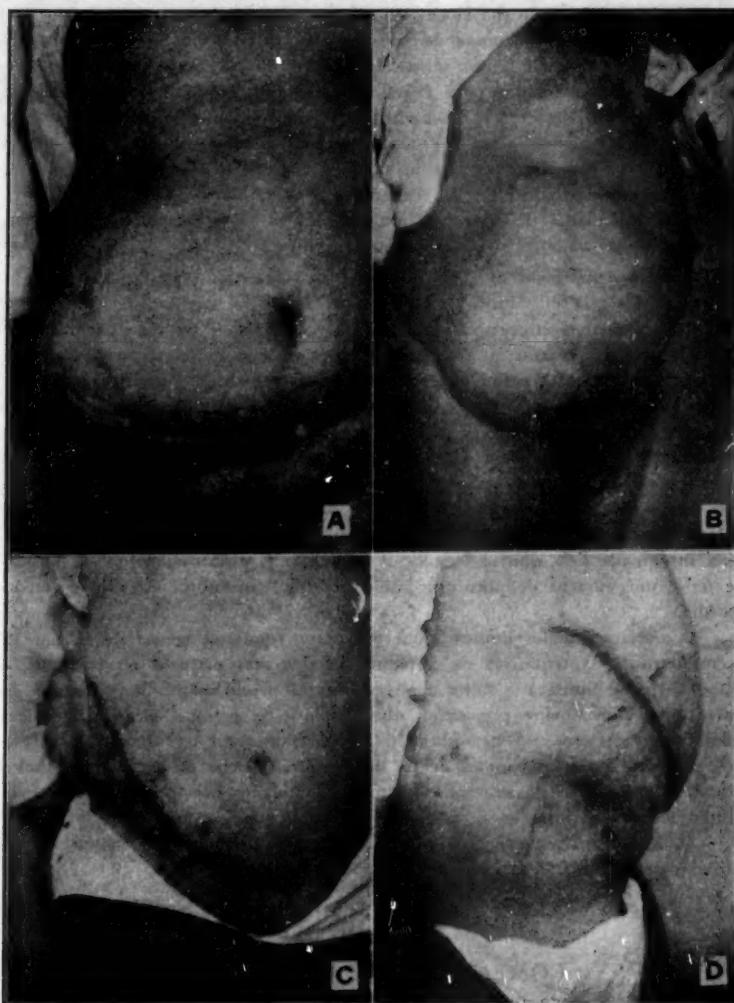
* * *

CASO II: J. N. — 44 anos — fem. — casada — branca brasileira — doméstica.

Queixa e duração — Tumor abdominal mediano infra-umbilical, há 2 anos e 4 meses.

História — Operada, há 4 anos, de mioma uterino. Reoperada, há 3 anos, de eventração pós-operatória. Depois de 3 meses, houve reidiva. Submetida por nós a nova intervenção, em janeiro de 1950. Anestesia geral gasosa endotraqueal. Incisão mediana, infra-umbilical, contornando a cicatriz da operação anterior, a qual foi removida. Isolamento de todos os planos e tratamento do saco hernário pela maneira habitual. As bordas aponevroticas encontravam-se demasiadamente distanciadas, sendo impossível a sua aproximação. A falha, que tinha aproximadamente 6 centímetros no seu maior eixo — transversal, foi preenchida com um enxerto livre de pele total, retirada da margem esquerda da incisão cutânea. A técnica empregada foi idêntica a do caso anterior. Foram tomados os mesmos cuidados pós-operatórios.

A doente encontra-se, atualmente, em boas condições.



Figs. A e B — Aspecto pre-operatório do Caso III, frente e perfil.

Figs. C e D — Resultado obtido com o emprego do enxerto livre de pele total sepultado, depois de três semanas da intervenção. O doente se apresenta atualmente, decorrido um ano, em perfeitas condições.

CASO III: A. C. — 48 anos — masc. casado — branco — comerciário.

Queixa e duração — Tumor do lado direito do abdome (Figuras 1 e 2), há cinco anos.

História — Operado, há cinco anos, de apendicite aguda.

Em virtude de acidente anestésico (sincope respiratória) no ato cirúrgico, o fechamento da parede foi em massa, com fios de bronze, ao mesmo tempo que se efetuavam as manobras para a sua recuperação. Normalizou-se a situação e o pós-operatório decorreu sem complicações, sendo os pontos retirados no décimo dia. Depois de alguns meses, o doente notou um abaulamento na região operada, o qual foi aumentando progressivamente, chegando a dimensões exageradas, como mostram as figuras 1 e 2. Consultou o Prof. Mario Degni, o qual, pre-vendo as dificuldades de reparação à custa dos próprios elementos da região, solicitou nossa colaboração para a plastia.

Operado em agosto de 1951.

Operadores: Prof. Mario Degni e Victor Spina.

Incisão cutânea elíptica, de grande eixo para baixo e para dentro, indo do limite cranial do tumor ao osso pube. A elipse circunscreveu uma superfície cutânea de 10 por 12 centímetros aproximadamente incluindo a cicatriz da operação anterior. A pele compreendida nessa elipse foi retirada e preparada para enxerto cutâneo de espessura total. A seguir, fez-se a dissecação das bordas da eventração, expondo-se bem os limites aponevróticos e musculares. O saco da eventração não foi aberto durante o tempo da dissecação e foi limpo do excesso de tecido conetivo frouxo. Prosseguiu-se dando pontos separados com fio de algodão e fazendo-se plicaturas sucessivas do saco, sendo que a primeira sutura era invaginada pela que se seguia. A direção das plicaturas foi a da incisão e fez-se um número de plicaturas até a redução satisfatória do saco e tensão média.

O afastamento dos limites aponevróticos era mais ou menos de 10 por 12 centímetros. As tentativas de aproximação das suas margens seriam inúteis. O espaço que limitava a falha aponevrótica foi preenchido com o enxerto de pele total previamente preparado, obedecendo-se às mesmas diretrizes técnicas dos casos anteriores. A hemostasia foi feita com catgut três zeros. A sutura da pele com pontos separados de fio de algodão. Dreno de Penrose no limite caudal da ferida. Observe-se os mesmos cuidados pós-operatórios e a evolução foi normal.

— O doente apresenta-se atualmente nas mesmas condições das figuras 3 e 4, tiradas depois de três semanas da operação.

• • •

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Numa análise criteriosa das estatísticas de diferentes autores que empregaram o método em estudo, devemos reconhecer que a aplicação do mesmo na cura das hérnias e eventrações abdominais é de real valor, embora não consiga eliminar as recidivas.

É necessário, todavia, ressaltar que a sua generalização poderá diminuir os seus méritos. Somos de parecer que o processo deverá ser reservado áquelas eventualidades de hérnias e eventrações em que os tecidos utilizados para plastia são de frágil constituição ou na hipótese de haver grandes sacos hernários com afastamento exagerado das margens aponevróticas. As críticas fundamentadas em estudos experimentais apoiam-se, principalmente, no aparecimento de cistos de retenção, esfacelos epiteliais e depósitos de queratina, cuja presença favo-

rencia a infecção e a formação de trajetos fistulosos. Esses inconvenientes não têm sido considerados na prática, uma vez que a totalidade dos autores não faz qualquer referência a subsequentes complicações. Nos nossos casos estiveram ausentes.

As questões referentes as dificuldades de obtenção e aplicação do enxerto não devem limitar a aplicação do método. Os cirurgiões pouco familiarizados com a técnica devem lembrar que o sucesso da integração dos enxertos está subordinada à obediência de certos cuidados técnicos que favorecem os fenômenos biológicos, como sejam: assepsia, hemostasia rigorosa, imobilização e coaptação perfeitas ao leito receptor. No caso das hérnias e eventrações, a área necessitada deve ser cuidadosamente exposta, em todos os seus limites. A sutura marginal deverá ser feita com fio inabsorvível (preferência fio de algodão n.º 15), em pontos separados círculo intervalos de 1 cm. A lámina de pele deverá ser distendida sob certa tensão, de maneira uniforme, semelhante a uma membrana de tambor. A pele é de espessura total. O tecido celular sub-cutâneo poderá ser removido com tesoura ou de preferência com o auxílio do dermatómo de Padgett-Hood. Nesta última escolha, a pele é colada a superfície do dermatómo pela sua face epidérmica e, graças a graduação adequada, conseguiu-se remover sómente o estrato de tecido conectivo sub-cutâneo. Obtemos, dessa maneira, um enxerto de espessura uniforme, em menos tempo e traumatismo (Fig. 5-C).

Em conclusão, podemos dizer que o método — é de eleição em certos tipos de hérnias e eventrações sem, contudo, eliminar o perigo de uma recidiva.

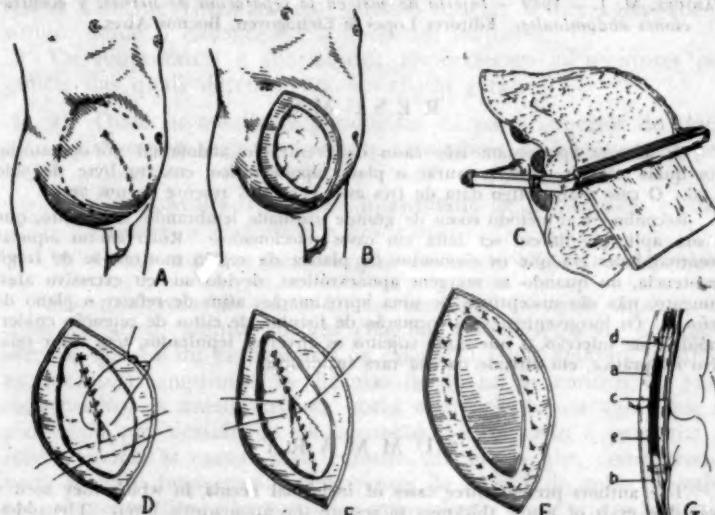


FIG. 5 — Representação esquemática da conduta cirúrgica seguida no caso III.

- Tracção da incisão, circunscrevendo a lámina cutânea a ser utilizada, na reconstituição do plano aponevrotico.
- Afastamento das margens da aponevrose e, abaixo da porção de pele e tecido conectivo sub-cutâneo removidos, aparece o peritônio.
- Utilização do dermatómo de Padgett-Hood para a retirada do tecido conectivo sub-cutâneo para reaproveitamento da pele como enxerto de espessura total.
- e e) Redução do saco herniário por plicaturas sucessivas. Foi utilizada sutura interrompida de fio de algodão.
- Sutura do enxerto as bordas aponevroticas que delimitam o defeito.
- Corte sagital, mostrando a disposição dos diferentes planos, após a reconstituição.

B I B L I O G R A F I A

AMOS KOONTZ e SENCERT — 1926 — (cit. Vásquez).

CHODOFF — 1949 — (cit. Gray e colaboradores).

EISELE, M. M. e STARKLOFF, G. B. — 1951 — *El empleo de injertos cutáneos en las herniorrapias.* "Anales de Cirugia", 10:2090-2097.

FLYNN, W. J.; BRANT, A. E. e NELSON, G. G. — 1951 — *Analisis del uso de la gasa de tantalio en la reparación de la hernia abdominal, durante quatro años y medio* "Anales de Cirugia", 10:2244-2252.

GOODALL e GUTRIE. 1947 — (cit. Gray e colaboradores).

GRAY, D. B.; MANSBERGER JOR., A. R. e YEAGER, G. H. — 1951. *The fate of Buried Full-Thickness Skin graft.* "An. Surg.", 134: 205-209.

GREENE e WOLLGAST. — 1949 (cit. Gray e colaboradores).

MAIR — 1938 — (cit. Gray e colaboradores).

MAIR — 1946 — (cit. Gray e colaboradores).

PERNET, A. — 1949 — *Da aponeurose en cirugia plástica, especialmente nas hernioplastias.* "An. Quarto Congresso Latino-Americano de Cirugia Plástica". A Montevideo y Cia. — Montevideo.

PEER e PANDOCK — 1937 — (cit. Gray e colaboradores).

VÁSQUEZ, M. J. — 1949 — *Injerto de piel en la reparación de hernias y eventraciones abdominales.* Editores Lopes & Etchogoyen, Buenos Aires.

R E S U M O

Os autores apresentam três casos de eventração abdominal pós-operatória, nos quais usaram, para restaurar o plano aponevrótico, enxerto livre de pele total. O caso mais antigo data de três anos e o mais recente de um ano.

Reconhecem o método como de grande utilidade lembrando, entretanto, que a sua aplicação deverá ser feita em casos selecionados. Reservam-no áquelas eventualidades em que os elementos de plástia da região mostram-se de fragil resistência, ou quando as margens aponevróticas, devido ao seu excessivo afastamento, não são susceptíveis de uma aproximação, afim de refazer o plano de reforço. Os inconvenientes da formação de fistulas, de cistos de retenção epidermóide e de infecção, a que estão sujeitos os enxertos sepultados, têm valor relativo na prática, em virtude da sua rara incidencia.

S U M M A R Y

The authors present three cases of incisional hernia in which they used a free skin graft of whole thickness to restore the aponeurotic layer. The oldest case goes back three years and the most recent, one years and the most recent, one year. They recognise the method as being an extremely useful one, although bearing in mind that it will do only for particular cases. They resort to it in such eventualities as when the plastic elements of the region are found to offer but aligh resistance, or when the aponeurotic lips, through being excessively wiede apart, cannot be drawn sufficiently close together for making a reinforced layer. Such inconveniences as the formation of fistulas, epidermoid retention cysts and those infection, to which buried grafts become liable, are relatively unimportant in practice because of their rare occurrence.

mentes entre o estomáquico e o duodenal, e entre estomáquico e esôfago, e que, apesar de serem raras, quando se processam, causam abdome de extrema gravidade, e que, se não forem tratadas, resultam em óbito. As hemorragias pulmonares, entretanto, são de origem mais rara, e quando se processam, causam óbito.

Hemorragias do tubo digestivo (*)

DR. ROBERTO ENOUT DELUCA

Cirurgião do Sanatório São Lucas

Quanto ao título de "Hemorragias do tubo digestivo", uma retificação precisa ser feita, apenas vou tecer alguns comentários sobre um simpósio de gastroenterologia em que se tratou deste assunto, devo dizer também que o tema em questão, não se refere às hemorragias de uma maneira genérica de todo o tubo, mas apenas aquelas que se processam nas partes altas desse trato. Assim, sendo, sómente entraram em debates aquelas hemorragias que se situam desde o esôfago até o duodeno, inclusive.

Os simposiastas e simposiarca responderam as seguintes perguntas das quais daremos um apanhado geral:

- 1) Quais as condições patológicas da parte superior do trato digestivo mais comumente causadoras de hemorragias profusas?
- 2) Como avalia o grau da intensidade de hemorragia e como orienta o prognóstico dos casos?
- 3) Como trata as hemorragias do trato digestivo superior?

São numerosas as causas de hemorragias da parte superior do tubo digestivo; alguns autores chegam a dar perto de 50 casos; assim é que foram enumeradas as causas: a febre amarela, a sifilis, as discrasias sanguíneas, as hernias do hiato, as ruturas de vasos esclerosados, os aneurismas da aorta e mesmo hemorragias que se processam por ocasião da menstruação. Entretanto a pergunta se refere apenas às causas mais comuns, de modo que, considerou-se nesta questão hemorragias decorrentes de fatores do tubo digestivo propriamente dito, e hemorragias provenientes desse trato mas cuja causa primeira estivesse fora do tubo digestivo, no primeiro alinhando-se as neoplasias, úlceras gástricas ou duodenais e no segundo se situam as varizes esofagianas, como consequências das cirroses e espleno-megalias congestivas. Neste particular referências especiais foram feitas à esquitosimias, que cada vez está se tornando mais freqüente. Convém assinalar que entre esses dois extremos, isto

Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas, em sessão de 18 de abril de 1958.

é, entre aquelas causas mais raras que enumeramos e estas últimas de maior proporção, encontramos outras que embora não tão freqüentes, foram citadas, assim temos as esofagites, congestões da mucosa gástrica, gastrites agudas, diverticulites, etc.

O grau de intensidade é avaliado pelos dados obtidos através do exame clínico do paciente e pelos dados fornecidos pelo laboratório. O exame clínico orienta-nos baseados nas indicações prestadas pelo exame do pulso, pressão arterial, estado de agitação, sudorese, palidez, etc. Convém lembrar que o vômito muitas vezes é sintoma relativo, sendo conveniente assinalar que a diarréia e melena podem se apresentar na ausência de hematémesis, indicando mais gravidade, visto que o sangue é favorecedor do peristaltismo intestinal. Uma contagem globular ao redor de 3 milhões, valores de hemoglobina em 50%, e casos que requerem 1500 a 2500 cc. de sangue, para restaurar o nível normal de hemoglobina, são situações de intensidade grave e são encaminhados sem delongas à cirurgia após as devidas correções. A hiperazotemia tem sua importância, sendo que o aumento da ureia poderá explicar uma hiperazotemia extra-renal pela absorção de sangue no trâcto digestivo, em casos que perdas maiores de sangue, com conseqüente lesão renal, poderá se instalar uma azotemia renal, de mau prognóstico. A hematémesis como sintoma isolado é mais comum na úlcera gástrica, enquanto a melena isoladamente é mais comum na do duodeno, a gravidade do prognóstico neste último grupo é bastante aumentada pela presença de hematémesis, pois a mortalidade do grupo que só se encontra melena, é moderada.

O prognóstico depende naturalmente de vários fatores, tais como: número de vezes em que se processou a hemorragia, da intensidade da mesma, da natureza, da idade do paciente, assim, se após a primeira hematémesis, a hemorragia cessa, o prognóstico é excelente, a repetição do quadro, conforme a sua extensão, vai tornando o prognóstico cada vez mais sombrio. Quando é de causa ulcerosa, alguns consideram como sendo de natureza mais favorável do que quando cancer ou devido à hipertensão porta. A dosagem de ureia no sangue, parece ter sido apontada como um fator de valor no prognóstico assim, valores superiores a 60 mg% já indicam perturbação da função renal e já servem para indicar prognóstico mais reservado, quando os valores atingem 100 mg%, em cada cinco casos, quatro são fatais.

Quanto ao tratamento das hemorragias do tubo digestivo superior, existem certas medidas de ordem geral que são indicadas em qualquer caso de hemorragias, existem outras medidas que dizem respeito à localização da lesão. Quanto às medidas de ordem geral temos: repouso absoluto; sedativos, oxigênio; reposição do volume perdido, reposição essa quer por meio de sôros, plasma ou melhor ainda, sangue; líquidos devem ser dados em volume suficiente para manter um débito urinário ao redor de 100 cc. por

dia. Não há fatos reais que demonstrem que a administração do sangue elevando a pressão aumente o sangramento.

Ao lado da transfusão, analéptica e outros medicamentos, como vitamina C, K, rutina, etc.

A alimentação varia de acordo com a localização da lesão. Se se tratar de uma úlcera gastroduodenal, tende-se a alimentar o paciente precocemente, com alimentos leves, como leite, mingaus, em fim alimentos ricos em proteinas e hidratos de carbono; alimenta-se em média cinco a seis vezes por dia o doente; recomenda-se também gelo local. Para o caso de varizes, restrição alimentar e medidas conservadoras, como o uso de balões são preconisadas; o tamponamento age apenas paliativamente, sendo a melhor medida não cirúrgica para o tratamento de varizes esofágianas; como conduta cirúrgica imediata temos a ligadura de veias por meio de um chuleio simples ou esplenectomia e anastomose espleno renal ou então após um preparo relativamente longo, reopera-se e pratica-se uma anastomose porto-cava. O tratamento esclerosante está atualmente abandonado, sendo igualmente abandonados outros tratamentos como a omentoplastia. Alguns aconselham a introdução de sonda para as hemorragias duodenais, sendo eficaz como medida contra a náusea e favorece também a descompressão do estômago. Foram igualmente referidos tratamento a base de gotejamento de substâncias alcalinas e aspiração contínua, mas cujos resultados não chegam a oferecer grandes vantagens.

A mortalidade operatória aumenta quando o sangramento persiste por vários dias. Apesar da reposição de sangue, esses pacientes não readquirem aptidões suficiente para um bom risco operatório mediatamente; infelizmente não há critério seguro para se selecionar quais os pacientes nos quais as hemorragias cessem espontaneamente e quais os que continuariam a sangrar até o êxito letal. Deste modo para se obter um máximo de benefícios tanto das medidas médicas como cirúrgicas, deve-se quanto possível, orientar-se para uma decisão precoce. Poderíamos estabelecer como critério para o abandono do tratamento médico pelo cirúrgico, o seguinte: Pacientes que foram atendidos em estado de shock ou pre-shock e nos quais após terem recebido medicação conveniente com a restauração de suas perdas sanguíneas, venham apresentar o quadro inicial de que eram portadores; pacientes que não conseguem manter a pressão sanguínea normal e o hematocrito, mesmo recebendo 500 cc de sangue cada 8 horas; Aparecimento de nova hemorragia durante o tratamento.

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Operações realizadas em 1952

A	D		
Abertura de abcesso	87	Debridamento de fistula	18
Abertura de abcesso do Douglas	1	Derivação intestinal	1
Abertura de abcesso subfrênico	1		
Abertura de antrás	8		
Abertura de flegmão	3		
Abertura de hematoma	2		
Alcoolisação do prósaco	16		
Alongamento de tendão	1		
Amigdalectomia	15		
Amputação de artelho	3		
Amputação do colo uterino	11		
Amputação de coxa	2		
Amputação de dedo	7		
Amputação de falange	3		
Amputação de perna	5		
Anastomose vesículo intestinal	1		
Aneurismorrafia	1		
Apendicectomia	397		
Aplicação de Forcipe	27		
Arteriotomia	1		
B	E		
Biópsia	14	Encurtamento do ligamento redondo	1
		Enterostomose	1
		Enterotomia	1
		Envolvimento de aneurisma com celofane	1
		Enxerto ósseo	1
		Enxerto do tendão de Achilles	1
		Enxertos	5
		Epsiotomia	1
		Esfincterectomia do reto	1
		Explenectomia	3
		Esvasamento de fecalomá	2
		Esvasamento ganglionar	3
		Excisão de adenoma	1
		Excisão de angioma	3
		Excisão de aneurisma da jugular	1
		Excisão de bursite	2
		Excisão de ciste branquial	1
		Excisão de ciste do cordão espermático	4
		Excisão de ciste dermóide	21
		Excisão de ciste do lábio	1
		Excisão de ciste do ligamento redondo	1
		Excisão de ciste da mama	18
		Excisão de ciste do ovário	78
		Excisão de ciste do rim	1
		Excisão de ciste sebácea	81
		Excisão de ciste sinovial	11
		Excisão de ciste tireoideano	1
		Excisão de ciste da vagina	5
		Excisão de divertículo de Meckel	1
		Excisão de epiteliomá	1
		Excisão de fibroma subcutâneo	1
		Excisão de fistula cervical	1
		Excisão de fistula tireoglosse	1

E	
Excisão de fistula vulvo peritoneal	1
Excisão da glandula de Bartholin	4
Excisão do globo ocular	1
Excisão de hemangioma vulvar	1
Excisão de hidatíde de Morgagni	2
Excisão de lipoma	3
Excisão de melanoma	3
Excisão de nevus	4
Excisão de ranula	1
Excisão de tumor da região temporal	1
Excisão de tumor do braço	7
Excisão de tumor da mama	9
Excisão de tumor da pálpebra	1
Excisão de tumor da perna	2
Excisão de tumor do pescoço	1
Excisão de tumor do ovário	3
Excisão de tumor retro-peritoneal	1
Excisão de tumor do torax	1
Extruturação de verrugas	2
Extração de corpo estranho	19
Extração de dentes	5
Extração de placenta	1
Extração de unhas	21
F	
Flebotomia	1
G	
Gastroduodenectomia parcial	132
Gastrojejunostomia	1
Gastrostomia	1
H	
Hemicolectomia	2
Hemorroidectomia	34
Hepatopexia	2
Herniorrafia	139
Histerectomia	44
Histeropexia	28
I	
Implantação do ureter na bexiga	1
Inversão da vaginal	14
J	
Jejunostomia	2
L	
Laparotomia verificadora	20
Libertação de aderências	5
Ligadura da arteria mesentérica	1
Lipectomia	7
M	
Marsupialização	1
Mastectomia	5
Meniscectomia	1
Microscesária	1
Miomectomia	5
N	
Nefrectomia	6
Nefropexia	5
O	
Orquidectomia	3
Osteosíntese	5
Ovariectomia	5
P	
Paracentese	22
Perineorrafia	68
Pielotomia	1
Plástica	16
Pleurocentese	9
Pneumectomia	1
Prostatectomia	2
Pterigio	2
R	
Reconstituição de parede	16
Redução de fistula bilio digestiva	1
Redução de fratura	5
Redução de luxação	2
Ressecção da clavícula	1
Ressecção de divertículo de Meckel	1
Ressecção de epiploon	2
Ressecção ileo cecal	1
Ressecção intestinal	5
Ressecção de megacolon	1
Ressecção do reto	1
Ressecção do sigma	1
Ressecção de veia varicosa	1
S	
Safenectomia	25
Salpingectomia	44
Salpingotomia	31
Salpingoplastia	3
Secção do freio do prepúcio	12
Sequestrotomia	2
Sigmoidectomia	1
Simpatectomia	2

Sutura da bexiga	1
Sutura de ferimentos	110
Sutura da femoral profunda	1
Sutura do lábio	1
Sutura de tendão	1
Sutura de úlcera gástrica	1
Sutura de vaso arterial	1

T

Talha hipogástrica	1
Tenorrafia	2
Tenotomia	1
Tireoidectomia	2

10

Toracocentese	2
Toracolaparotomia	1
Tunelização	18

U

Ureterotomy	2
Uretrotomia	1

V

Vagina artificial	1
Vagotomy	1

TOTAL..... 2,325